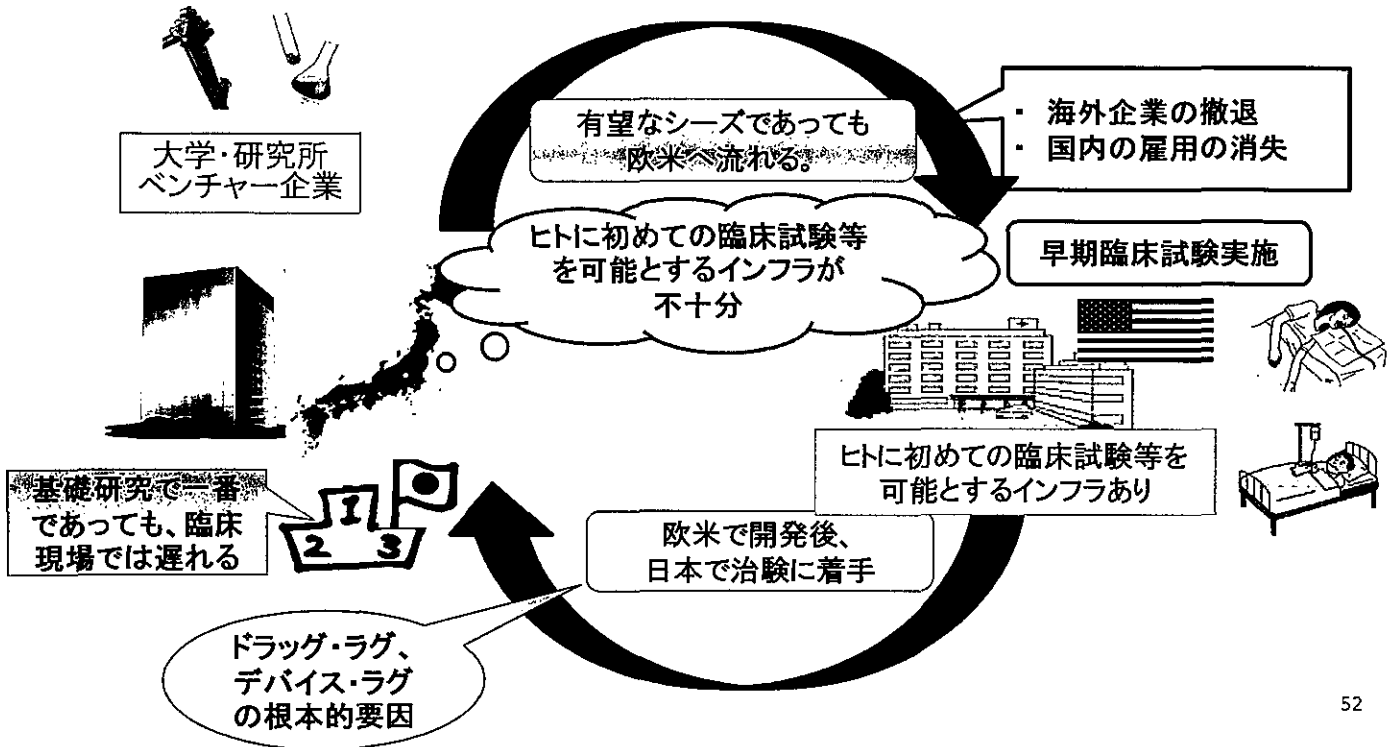


現状の医薬品・医療機器開発の問題点

○ 日本発のシーズであるにもかかわらず、欧米での臨床試験・開発が先行し、日本の患者がその恩恵を受けるのが欧米より遅れるケースもある → 患者・国民の理解が得られない。



ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消による革新的医薬品の創出等について

取組

1. 世界に先駆けた革新的医薬品等創出

医薬品・医療機器 ● 薬事戦略相談の創設 H23年7月から実施

(PMDA) アカデミア・ベンチャー等による優れたシーズを実用化につなげるための新たな相談体制を開始。

● 新たな治験活性化5か年計画 平成19年度から実施

(医政局) 日本の医療水準の向上・国際的な共同研究への参加率を向上するなど、治験・臨床研究による日本発のイノベーションを世界に発信する。

2. 世界で先行している未承認薬等への対応

● 臨床研究・治験活性化に関する検討会 平成23年8月から実施

(医政局) 臨床研究及び治験の活性化のための残された課題と新たな課題を抽出し、臨床研究・治験活性化計画を策定する。

(2-1). 早期申請による早期承認

医薬品 ● 医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議

(医政局・医薬食品局)

医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬について、製薬企業に開発要請を行うこと等により早期承認につなげる。

医療機器

● 医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会

(医政局・医薬食品局)

医療ニーズの高い未承認医療機器等について、企業に開発要請を行うこと等により早期承認につなげる。

(2-2). 早期保険適用

医薬品 ● 公知申請における保険上の取扱い 平成22年8月末から実施

「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」において検討され、薬事・食品衛生審議会において、公知申請で差し支えないとされた適応外薬の効能等について、承認を待たず、保険適用とする。

3. 医療機器審査の合理化

(医療機器の審査迅速化アクションプログラム)
(平成20年12月厚生労働省策定)

医療機器 ● 3トラック審査制の導入 平成23年度から実施

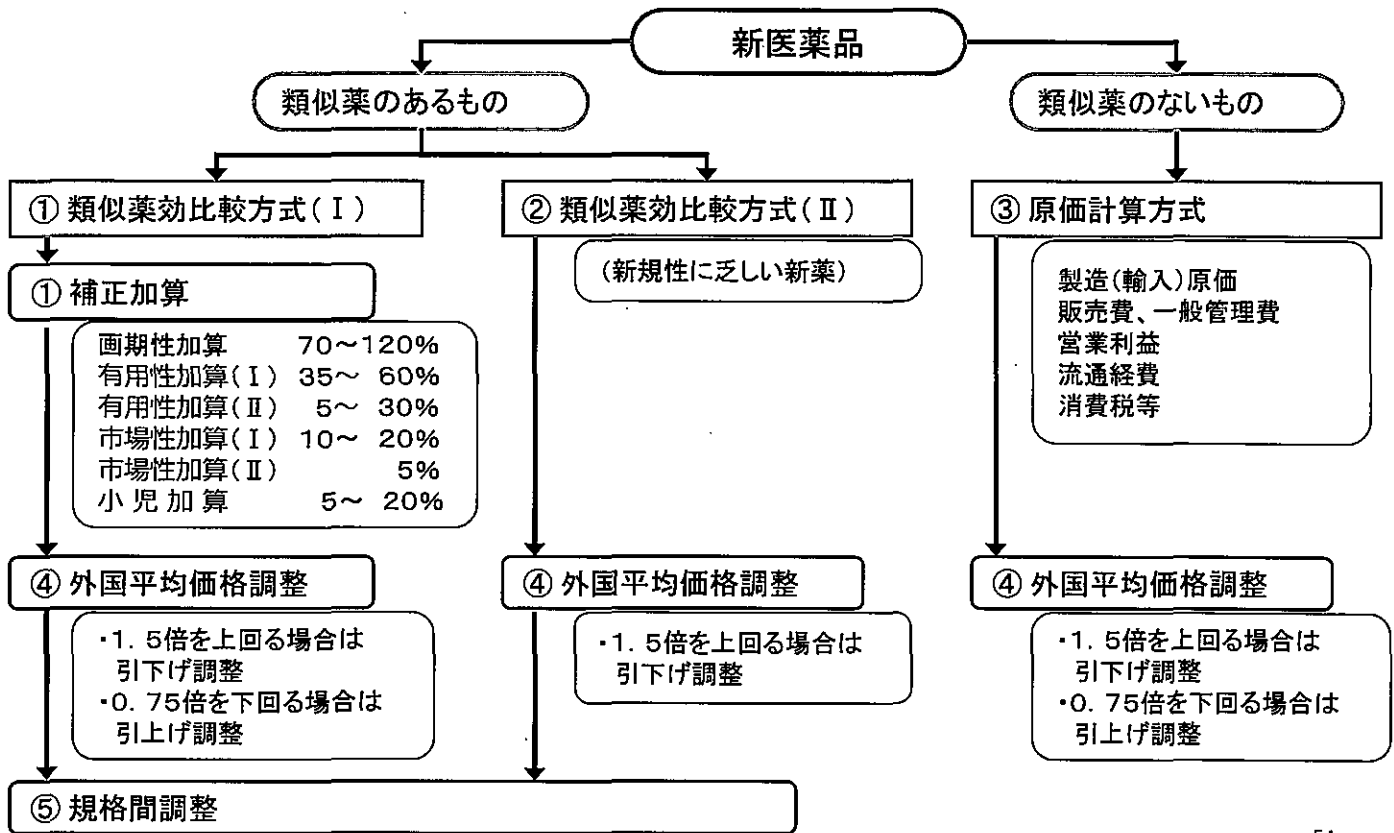
(PMDA) 新規性の程度によって審査プロセスを明確にした上で、新医療機器、改良医療機器、後発医療機器の区分ごとに専門の審査チームを設ける3トラック審査制を導入する。

申請ラグ短縮

承認前の保険適用

審査ラグ短縮

新医薬品の薬価算定方式



54

(注)有用性の高いキット製品については、上記⑤の後、キット特徴部分の原材料費を加え、加算(5%)

「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」とは

・革新的な新薬の創出や適応外薬等の開発を目的に、後発品のない新薬で値引率の小さいものに一定率までの加算を行うもの。

※これにより、実質的に薬価を維持

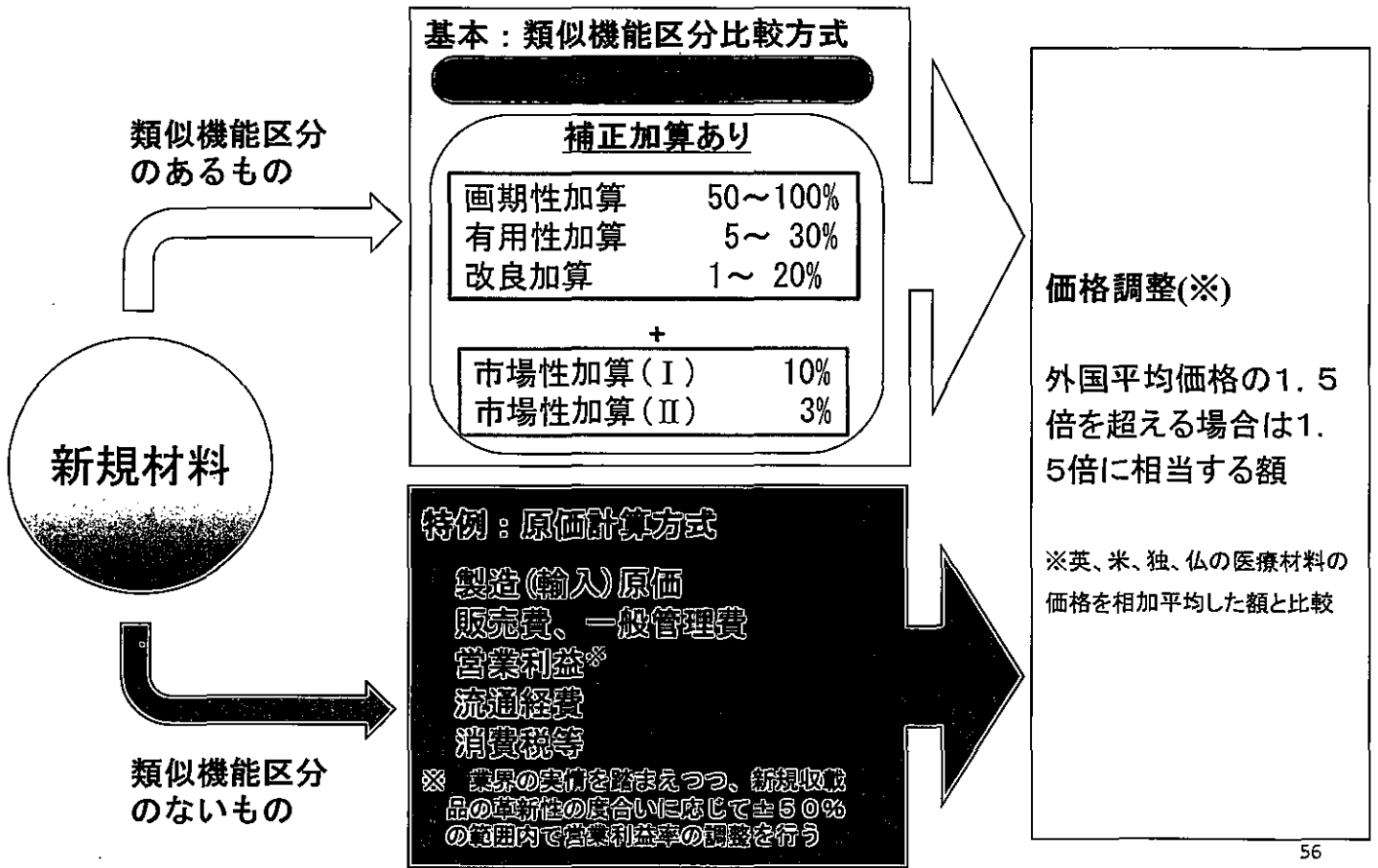
・加算の条件としては、国が適応外薬等の開発を要請^(※)した企業にあっては、その開発に取り組むこと。

※「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」における検討結果を踏まえて行う

・後発品が上市された後は、薬価からそれまでの加算分を一括して引き下げる。

55

新規保険医療材料の価格算定



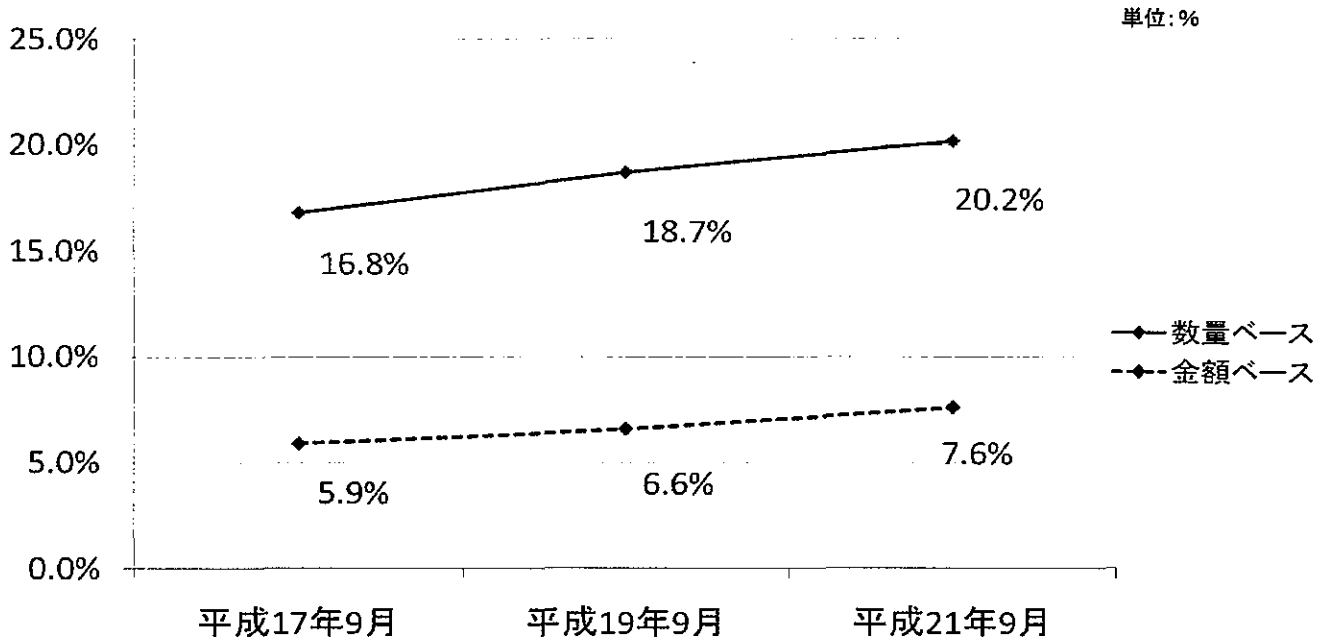
56

9 後発医薬品の使用状況について

57

後発医薬品シェアの推移

後発医薬品の数量シェアは、近年上昇しているが、平成24年度の30%の目標を踏まえ、引き続き使用促進を図る必要がある。



厚生労働省調べ

58

各国のジェネリック医薬品シェア（2009）

国名	ジェネリック医薬品シェア（単位：%）	
	数量	金額
日本	20.2	7.6
アメリカ	7.2	1.4
イギリス	6.5	2.6
ドイツ	6.3	2.4
フランス	2.3	1.2

（注） 諸外国の数値については、出典及び定義に差異があるため、単純に比較はできない。

（出典） 日本：厚生労働省 2009年9月薬価調査
 アメリカ、イギリス、ドイツ：IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, RX only, Dec MAT 2009
 フランス：フランス政府・医療用品経済委員会(CEPS)報告

<参考：欧米における事情>

- 米、独、仏：医師がジェネリック品に代えても良いかどうかを選択できる処方せんとなっている。
 代替不可と書かない限り先発医薬品に代えてジェネリック医薬品を調剤することが可能。
- 英：一般名処方が広く普及している。
- 独：外来薬剤費の1割を患者が負担することになっているが、これに加え、薬剤費が一定価格（先発品とジェネリック品の価格の間で設定される参照価格）を超過する分についても患者が負担。
- 仏：ジェネリック医薬品の使用を推進する観点から、2003年10月以降、一部の先発品を選んだ場合、差額を患者負担化

59

薬価基準収載品目の分類別の品目数及び市場シェア (平成21年9月薬価調査)

		品目数	数量シェア	金額シェア
先発医薬品	後発品なし	1,894	18.9%	47.8%
	後発品あり	1,469	36.3%	35.9%
後発医薬品		6,778	20.2%	7.6%
その他の品目		4,164	24.6%	8.7%

- ・ 品目数は平成22年4月時点。但し、名称変更による旧名称品(経過措置移行品目)は含まない。
- ・ 数量シェア及び金額シェアは平成21年9月調査時の数量、薬価による。
- ・ 「その他の品目」は、薬事法上先発医薬品と後発医薬品との区別ができない昭和42年以前に承認された 医薬品等(血液製剤等)。

○後発医薬品が存在しない先発医薬品や先発医薬品と後発医薬品との区別ができない品目が 数量シェアで43.5%存在し、これらは後発医薬品への置換えはできない。

○平成24年度の政府目標である後発医薬品の数量シェア30%の目標値は、残り56.5%のうち、過半数以上(53%)が後発医薬品に置き換わるというもの。

60

後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム (概要)

『平成24年度までに、後発医薬品の数量シェアを30%(現状から倍増)以上』という政府の目標達成に向け、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、①安定供給、②品質確保、③後発品メーカーによる情報提供、④使用促進に係る環境整備、⑤医療保険制度上の事項に関し、国及び関係者が行うべき取組を明らかにする。

①安定供給

医療現場の声

発注から納品までに時間がかかることがある等

国

○安定供給の指導の徹底

・医療関係者からの苦情の受付、メーカーの指導・指導内容の公表 等

後発品
メーカー

●納品までの時間短縮

・卸への翌日までの配送100%(19年度中) ・卸に在庫がない場合、卸への即日配送75%(20年度中)

●在庫の確保

・社内在庫・流通在庫1か月以上(19年度中) ・品切れ品目ゼロ(21年度中)

②品質確保

医療現場の声

一部の後発品は、溶出性・血中濃度が先発品と異なるのではないかなど

国

○後発品の品質に関する試験検査の実施・結果の公表

・注射剤等を対象に、不純物に関する試験を実施
・後発品の品質に関する研究論文等を収集整理し、また、「後発医薬品相談窓口」に寄せられた品質に関する意見等を検討の上、必要に応じ、試験検査を実施。

後発品
メーカー

○一斉監視指導の拡充・結果の公表

・都道府県及び国の立入検査によるGMPに基づく指導 ・検査指定品目の拡充

●品質試験の実施・結果の公表

・ロット毎に製品試験を実施(19年度中)
・長期保存試験など、承認要件でない試験についても、未着手のものは、年度内に着手(19年度中)

●関連文献の調査等

・業界団体において、後発品の関連文献を調査・評価し、必要な対応を実施(19年度中)

61

③後発品メーカーによる情報提供

医療現場の声

・MRの訪問がない
・「先発メーカーに聞いて欲しい」など情報が先発メーカー頼み等

国

○添付文書の充実を指導

・添付文書には、添加物、生物学的同等性試験データ、安定性試験データ、文献請求先等を記載すること
・20年3月末までに改訂 → 後発品メーカーは、自主的に、19年12月までに前倒し対応

○後発品メーカーの情報提供体制の強化を指導

・研究開発データ、収集した副作用情報、関係文献を整理・評価し、医療関係者へ情報する体制の強化

●医療関係者への情報提供

・試験データ、副作用データについて、ホームページへの掲載等、資料請求への迅速な対応（19年度中）

後発品メーカー

④使用促進に係る環境整備

国

○都道府県レベルの協議会の設置

・都道府県レベルにおける使用促進策の策定・普及啓発を図るため、医療関係者、都道府県担当者等から成る協議会を設置

○ポスター・パンフレットによる普及啓発

・医療関係者・国民向けポスター・パンフレットの作成・配布（19年度～）

後発品メーカー

●「ジェネリック医薬品Q&A」を医療機関へ配布・新聞広告

⑤医療保険制度上の事項

○後発医薬品を含む調剤を診療報酬上評価（14年度～）

これまでの取組

○後発品の品質に係る情報等に加え、先発品と後発品の薬剤料の差に係る情報を患者に文書により提供し、患者の同意を得て後発医薬品を調剤した場合に調剤報酬上評価（18年度～）

○処方せん様式を再変更し、「変更不可」欄に医師の署名がない場合に変更調剤を可能に（20年度～）

○薬局において、後発医薬品の調剤数量の割合に応じて段階的に調剤報酬上評価（22年度～）

○医療機関において、後発医薬品を積極的に使用する体制が整備されている場合に診療報酬上評価（22年度～）

○厚生労働省令等において、保険薬剤師による後発医薬品に関する患者への説明義務並びに調剤に関する努力義務、保険医による後発品の使用に関する患者への意向確認などの対応の努力義務を規定（22年度～）

62

「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」の実施状況について（概要）

平成23年7月29日

- 「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」（平成19年10月15日策定）に掲げる主な項目の実施状況（平成23年3月末現在）は、以下の通り。
- 後発医薬品メーカーが取り組むべき項目については、日本ジェネリック製薬協会（GE薬協）の協力を得て、同協会の会員会社における実施状況を取りまとめたものである。（調査対象会社：43社、調査対象期間：平成22年4月1日～平成23年3月31日）

後発医薬品メーカーの取組

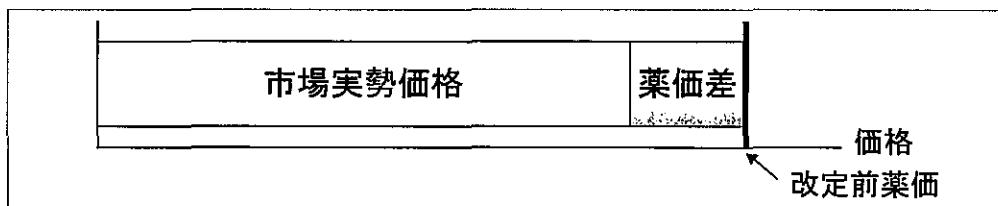
取組項目	アクションプログラムにおける取組の内容	実施状況
納品までの時間短縮	卸業者に在庫がない場合、卸業者への即日配送75%（平成20年度末）	○緊急配送が必要だった件数 826件 うち即日配送できた件数 820件（99.3%）
在庫の確保	品切れ品目ゼロ（平成21年度末）	○品切れ品目あり 6社 14件（1年間の累計） ※品切れ件数は着実に減っているが（20年・14社34件、21年・10社22件）、目標達成に向けてさらに取り組みを徹底することとする。
品質試験の実施等	長期保存試験等、承認条件でない試験について、未着手の場合、年度内に100%着手するとともに、医療関係者等の求めに応じて、速やかに試験結果を情報提供（平成19年度末）	○長期保存試験対象品目数 5,177品目（すべて着手済） うち試験終了品目数 3,064品目（59%） ○無包装状態安定性試験対象品目数 3,149品目（すべて着手済） うち試験終了品目数 3,089品目（98%）
品質再評価時の溶出性の確保	品質再評価指定品目について、品質再評価時標準製剤の溶出プロファイルと同等であることを定期的に確認するとともに、医療関係者等の求めに応じて、速やかに試験結果を情報提供	○品質再評価適用品目数 1,892品目 うち溶出プロファイル確認済品目数 1,881品目（99%） うち溶出プロファイル確認中品目数 11品目（1%）
医療関係者への情報提供	インタビューフォーム、配合変化試験データについて、自社ホームページへの掲載を含め、資料請求に対する迅速な対応を確保（平成20年度末）	○インタビューフォーム及び配合変化試験データを含め、アクションプログラムで掲げた8項目の情報について、医療関係者からの資料請求に対する100%の情報提供体制を確保 ○「ジェネリック医薬品情報提供システム」の運用を開始し、より迅速かつ円滑な情報提供を可能とする体制を確保

国の取組

取組項目	実施状況
品質確保に関する事項	○品質に関する研究論文等を踏まえ、国立医薬品食品衛生研究所等において溶出試験検査等を実施し、その試験結果をホームページにて公表
使用促進に関する環境整備	<ul style="list-style-type: none"> ○後発医薬品の普及に資するポスター等の作成 ○都道府県レベルにおける使用促進策策定 ○政府インターネットテレビによる広報の実施 ○42の都道府県で協議会を設置し、後発医薬品の使用促進に関する検討、取り組みを実施 ○都道府県における先進的な取り組み事例について、その内容・効果等に関する調査研究を実施 ○11の都道府県において、後発医薬品の採用基準等を地域で共有するための「後発医薬品採用ノウハウ普及事業」を実施。

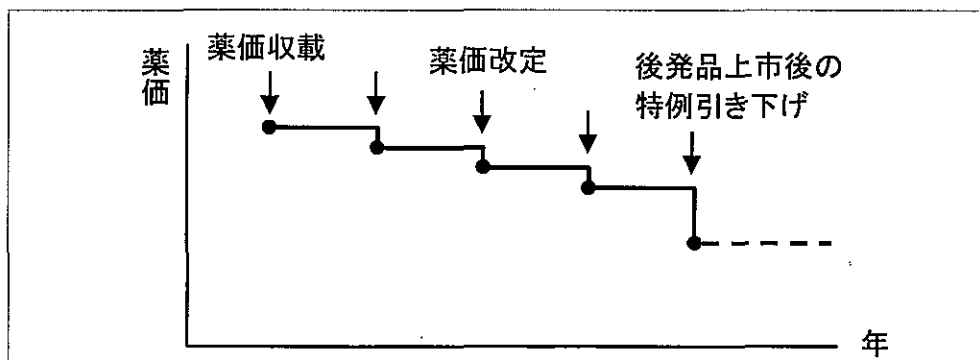
10 医薬品、医療材料の価格算定 について

市場実勢価格を踏まえた既収載医薬品の価格改定



卸の医療機関・薬局に対する販売価格の加重平均値(税抜きの市場実勢価格)に消費税を加え、更に薬剤流通の安定のための調整幅(改定前薬価の2%)を加えた額を新薬価とする。

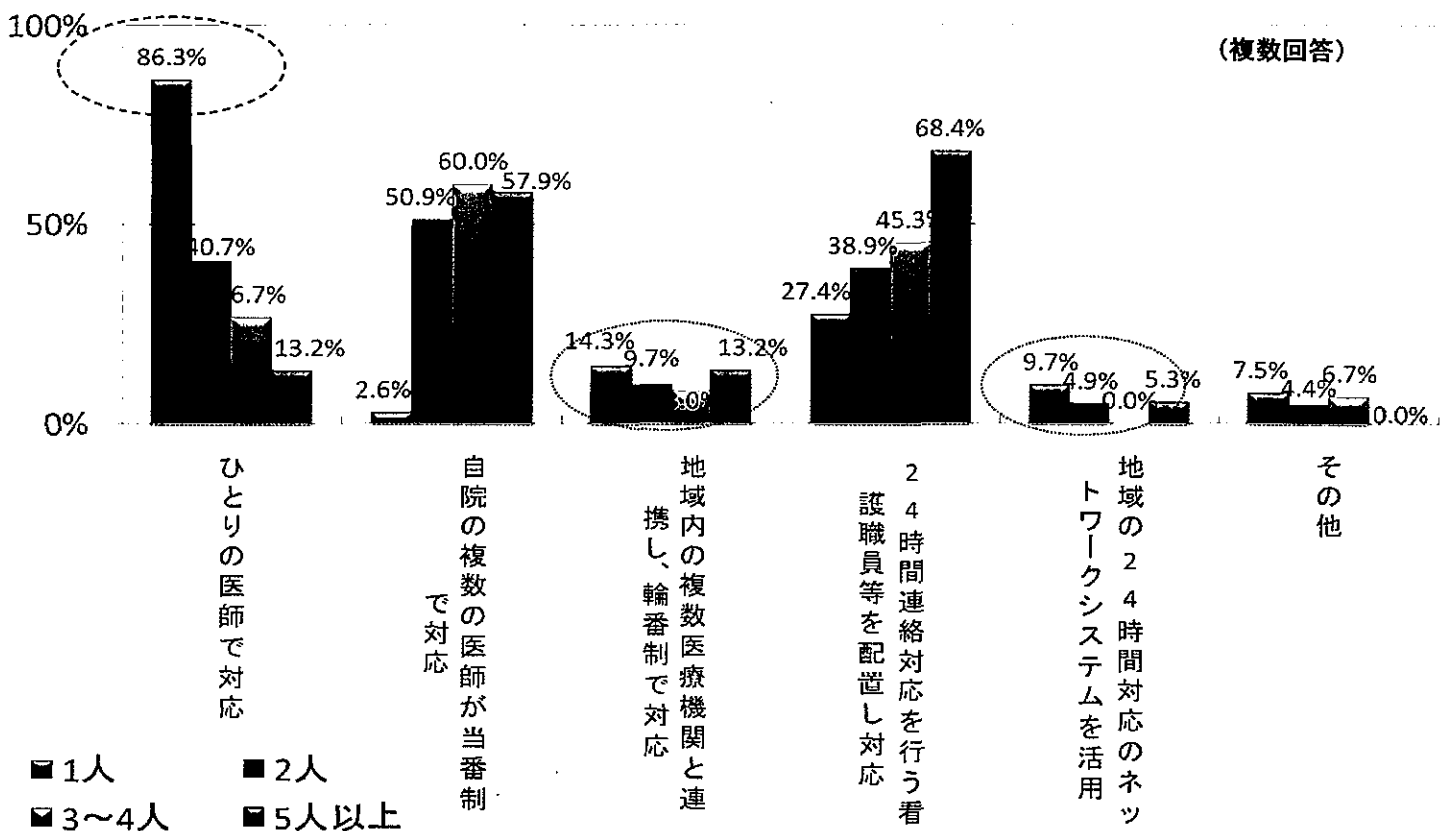
$$\text{新薬価} = \left[\text{医療機関・薬局への販売価格の加重平均値(税抜きの市場実勢価格)} \right] \times \frac{1 + \text{消費税率}}{\text{(地方消費税分含む)}} + \text{調整幅}$$



最初の後発品が薬価収載された後の最初の薬価改定に該当する先発品(希少疾病用医薬品等を除く。)については⁶⁵基本的なルールによる改定後の薬価から、さらに4~6%引下げ。

11 在宅医療の現状

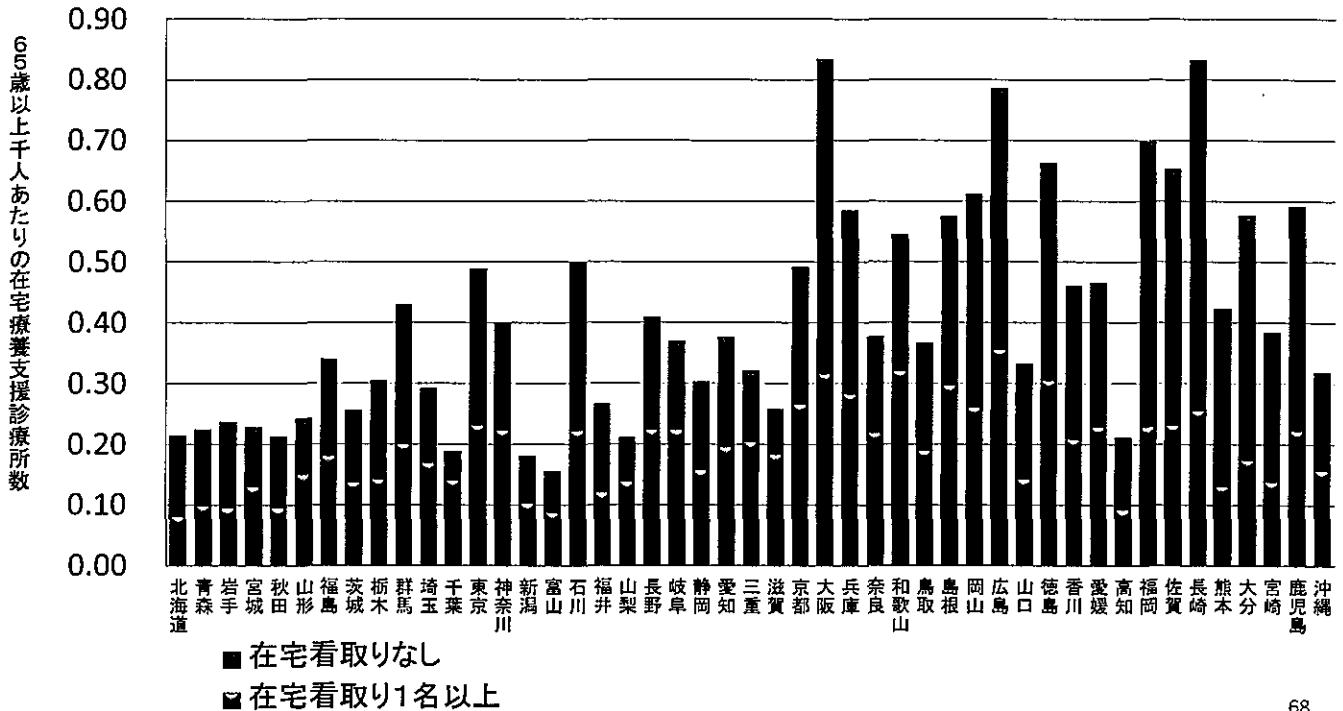
在宅療養支援診療所における緊急時の連絡体制(複数回答)



(n=1,228 無回答を除く) 87

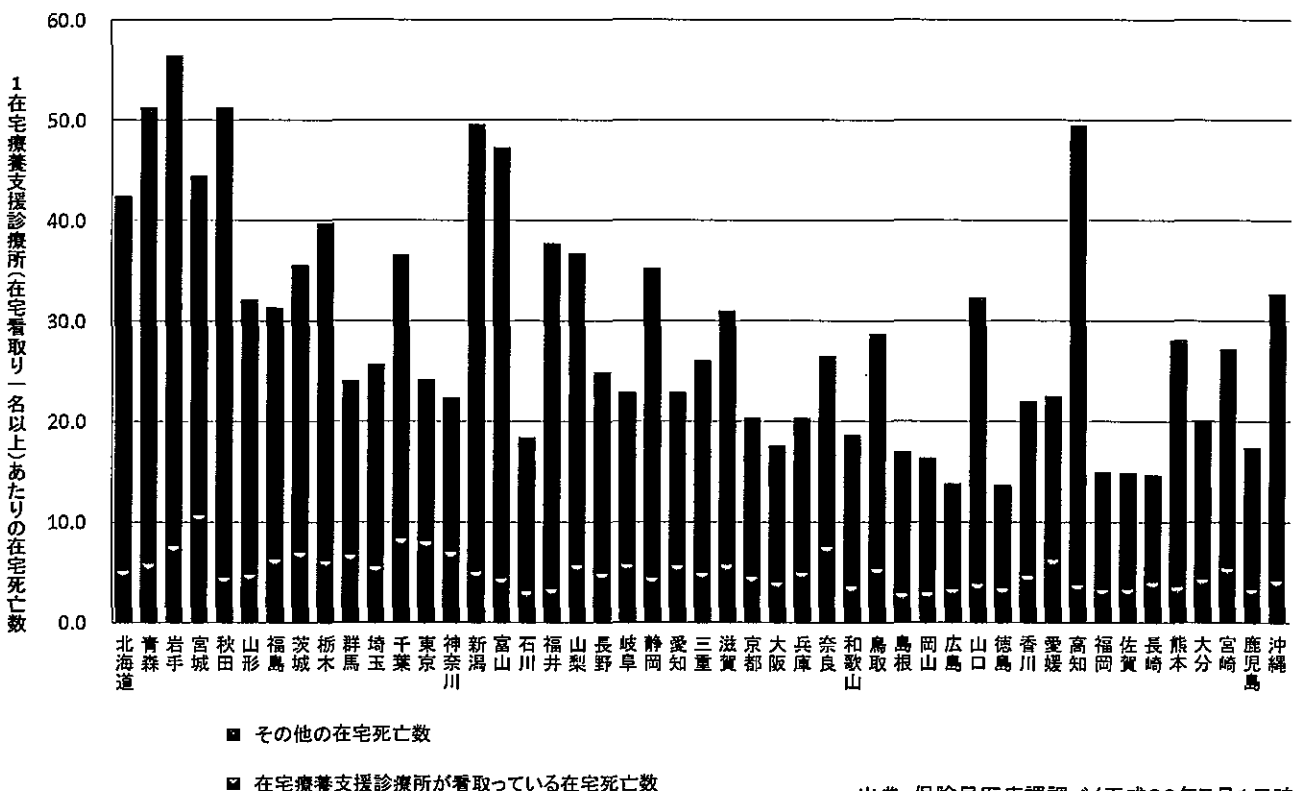
出典) 日本医師会総合政策研究機構
「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

在宅療養支援診療所数(65歳以上千人あたり) 〈都道府県別分布〉



出典：保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

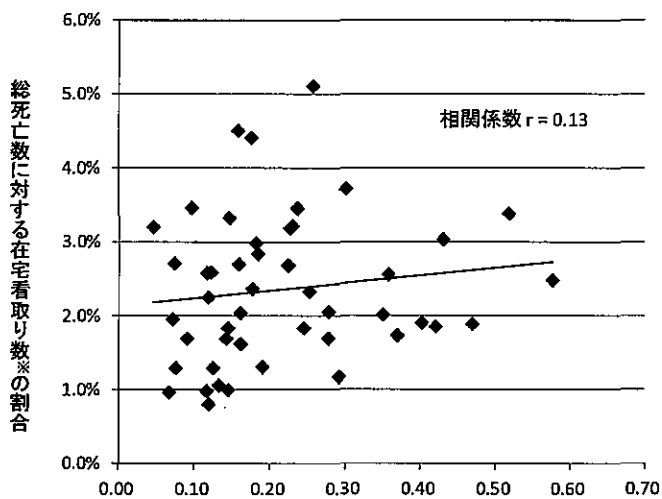
在宅看取り1名以上の在宅療養支援診療所と在宅死亡の比較 (都道府県別分布)



出典：保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

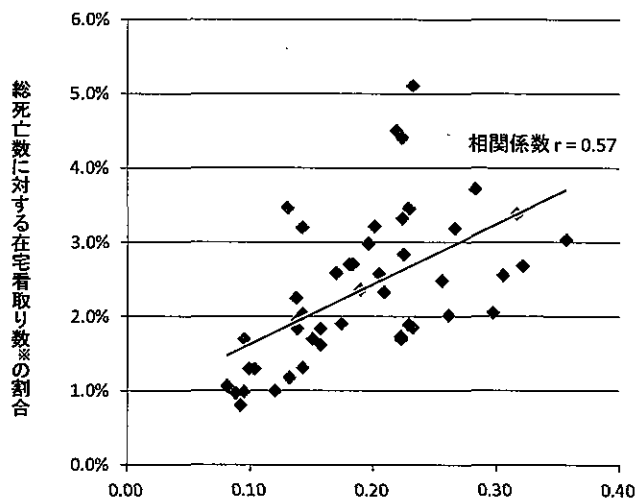
在宅療養支援診療所と在宅看取り数※の関係 (都道府県別)

在宅看取りなし機関



65歳以上千人当たりの在宅療養支援診療所数
(在宅看取りなし機関)

在宅看取り数1名以上機関



65歳以上千人当たりの在宅療養支援診療所
(在宅看取り1名以上機関)

(※)在宅療養支援診療所が行っている在宅看取り数

70

出典: 保険局医療課調べ(平成22年7月1日時点)

12 在宅歯科医療の現状

要介護者の口腔状態と歯科治療の必要性

歯科治療が必要であるにもかかわらず、歯科治療を受診した者が少ない

- 要介護者368名(男性:139名・女性:229名 平均年齢81.0±8.1)に対する調査
- 無歯顎者(歯が1本もない者):39.1% 平均現在歯数:7.1本
- 日常生活自立度が低下するほど、現在歯数は減少傾向にある。
- 要介護度が高くなるほど、重度う蝕が多くなる傾向にある。
- 義歯装着者は全体の77.2%で、その内、調整あるいは修理が必要なものが20.1%、新しい義歯を作製する必要があるものは38.0%
- また、要介護度が高くなるほど、歯科治療の必要性も高くなる傾向であった。
- 歯科治療の必要性については、74.2%のものが「何らかの歯科治療が必要」であり、その内容としては、補綴治療(義歯等の作製)、齲蝕治療、歯周治療の順であった。
- 実際に歯科治療を受診した者は26.9%

※ 在宅歯科医療を実施した歯科医療機関の割合は、18.2%(H17医療施設調査)



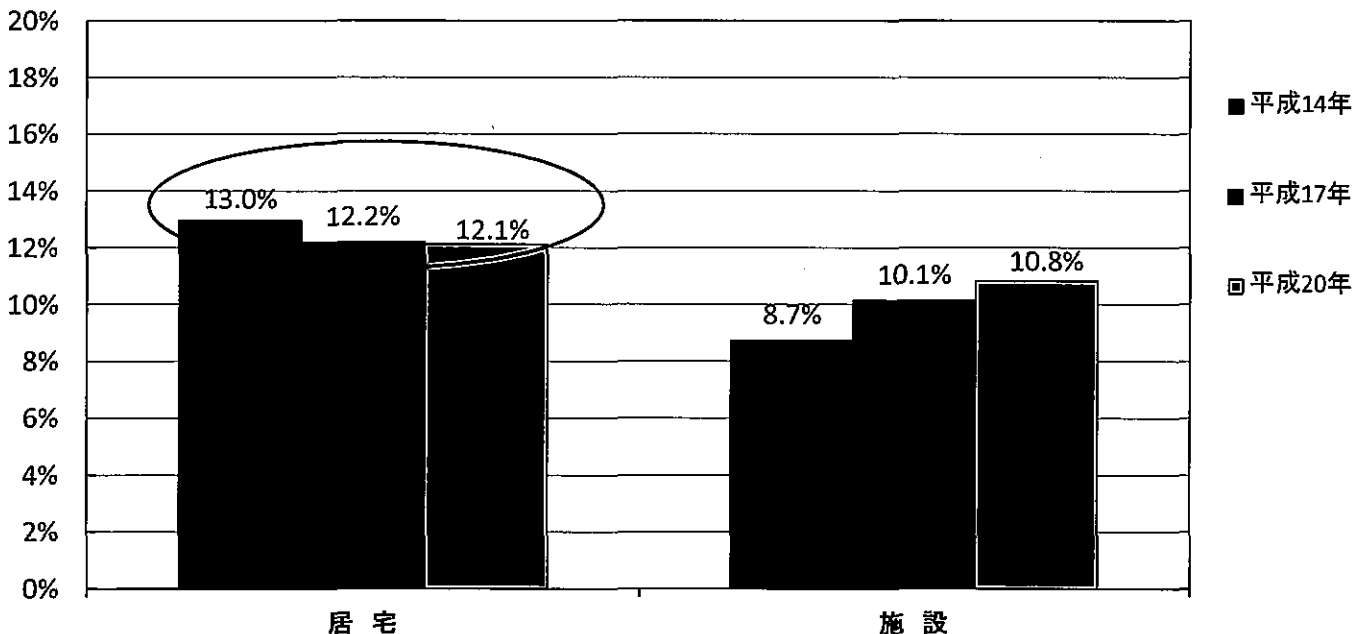
歯科医療の必要性と実際の受診には、おおきな隔たりがある。

出典:情報ネットワークを活用した行政・歯科医療機関・病院等の連携による要介護者口腔保健医療ケアシステムの開発に関する研究(平成14・15年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)。研究代表者:河野正司 新潟大学教授)

72

訪問歯科診療を実施している歯科診療所の割合

訪問先別の訪問歯科診療を実施歯科診療所数のうち、施設を訪問して実施している歯科診療所は増加しているが、居宅を訪問している歯科診療所は増加していない。



(医療施設調査)

73

在宅歯科医療における歯科医師と医療職・介護職の連携状況

在宅歯科医療の実施状況別にみた医療職との連携の状況

在宅に限らず、高齢 や基礎疾患のある 患者の主治医との 連携	全体 (n=3,274)	未実施 (n=2,056)	実施 (n=1,218)	年間患者実人数別の回答状況(再掲)		
				～9人 (n=1,031)	10～49人 (n=125)	50人以上 (n=62)
連携している	1,822 (55.7%)	1,087 (52.9%)	735 (60.3%)	603 (58.5%)	90 (72.0%)	42 (67.7%)
あまり取れてない	775 (23.1%)	440 (21.4%)	335 (27.5%)	290 (28.1%)	27 (21.6%)	18 (29.0%)
連携していない	677 (20.7%)	529 (25.7%)	148 (12.2%)	138 (13.4%)	8 (6.4%)	2 (3.2%)

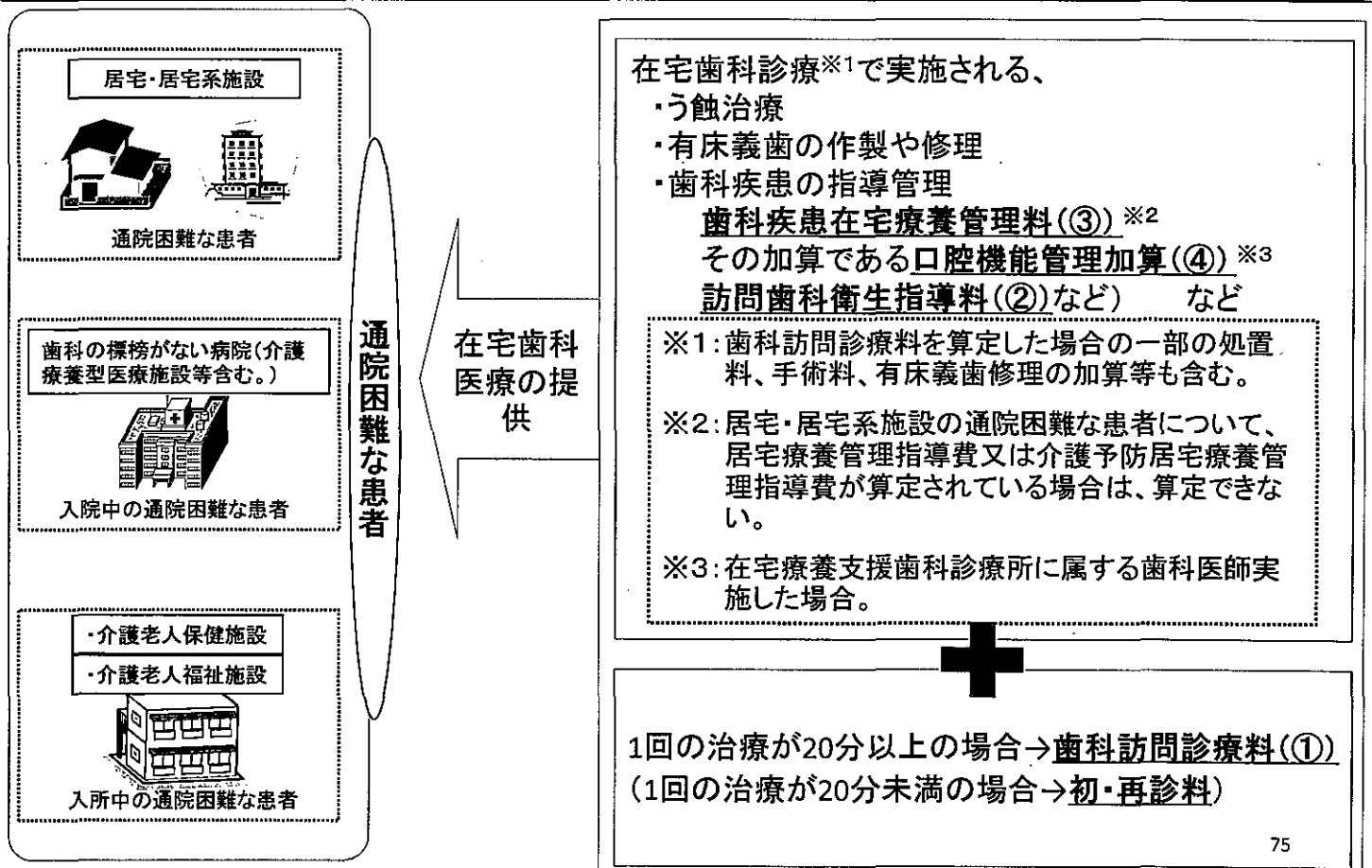
在宅歯科医療の実施状況別にみた介護職との連携の状況

介護保険を利用し ている患者の、ケア マネジャー等介護 保険関連職種との 連携	全体 (n=2,983)	未実施 (n=1,821)	実施 (n=1,162)	年間患者実人数別の回答状況(再掲)		
				～9人 (n=977)	10～49人 (n=126)	50人以上 (n=59)
連携している	385 (12.9%)	142 (7.8%)	243 (20.9%)	171 (17.5%)	47 (37.3%)	25 (42.4%)
あまり取れてない	623 (20.9%)	265 (14.6%)	358 (30.8%)	293 (30.0%)	46 (36.5%)	19 (32.2%)
連携していない	1,975 (66.2%)	1,414 (77.6%)	561 (48.3%)	513 (52.5%)	33 (26.2%)	15 (25.4%)

高齢者等の主治医との連携が取れていると回答した在宅歯科医療を実施している歯科医師は約60%、介護保険関係職種との連携が取れていると回答した歯科医師は約21%となっている。

出典：東京都内における在宅歯科医療に関する基礎調査、東京都歯科医師会会員へのアンケート調査より。(老年歯学：23(4)、417-423、2009)

在宅歯科医療に係る歯科診療報酬上の評価



在宅歯科医療に係る診療報酬上の主な項目

① 歯科訪問診療料

常時寝たきりの状態等であって、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者が対象。診療時間が20分以上の場合の歯科訪問診療が対象。

同一建物に居住する通院困難な患者1名のみには歯科訪問診療を行う場合と複数名に行う場合では点数が異なる。

② 訪問歯科衛生指導料

歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が訪問して療養上必要な指導として、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内での清掃又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合。

③ 歯科疾患在宅療養管理料

患者又はその家族に対して、歯科疾患の状況等を踏まえた管理計画の内容(全身の状態や口腔内の状態及び管理の方法の概要等)について説明し、文書により提供した場合。

④ 口腔機能管理加算(歯科疾患在宅療養管理料の加算)

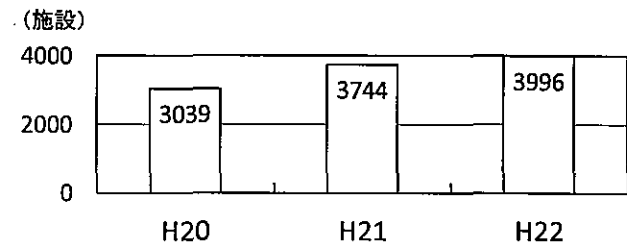
在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が、当該患者の口腔機能の評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理計画書(口腔機能の状態及び管理方法の概要等)を作成し、当該患者又はその家族に対して文書により提供した場合。

在宅療養支援歯科診療所

[施設基準]

- 1 歯科訪問診療料を算定している実績があること
- 2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応等に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 3 歯科衛生士が配置されていること
- 4 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
- 5 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

[届出医療機関数の推移(各年6月末現在)]



13 在宅における薬剤師業務について

高齢者向け住宅・施設における薬剤管理指導

○ 一部の高齢者向けの住宅・施設の入所者に対する訪問薬剤管理指導は、診療・介護報酬上評価されない。

施設の種類	①介護老人保健施設	②特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	③養護老人ホーム	④軽費老人ホーム (ケアハウス)
根拠法	介護保険法第8条	老人福祉法第20条の5 (介護保険法第8条)	老人福祉法第20条の4	老人福祉法第20条の6
配置基準	医師○ 薬剤師○	医師○ 薬剤師×	医師○ 薬剤師×	医師× 薬剤師×
在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険)	×	×※1 (○)※2	×※1	○※3,4 要介護者等＝ 介護保険適用
居宅療養管理指導費 (介護保険)	×	×	○	その他＝ 医療保険適用

【※1】特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて(H18.3.31 保医発第0331002号(H22.3.30 保医発第0330第2改正))

【※2】末期の悪性腫瘍の患者には、医療保険で在宅患者訪問薬剤管理指導料等の訪問薬剤管理指導が算定可能

【※3】軽費老人ホームA型(入所者が50名以上)の場合は医師の配置が必要となるため在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。

【※4】④⑤⑥⑦いずれの施設においても、居宅療養管理指導費とともに、医療保険における「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(及び麻薬管理指導加算)」、「在宅患者緊急時等共同指導料(及び麻薬管理指導加算)」は算定可能

78

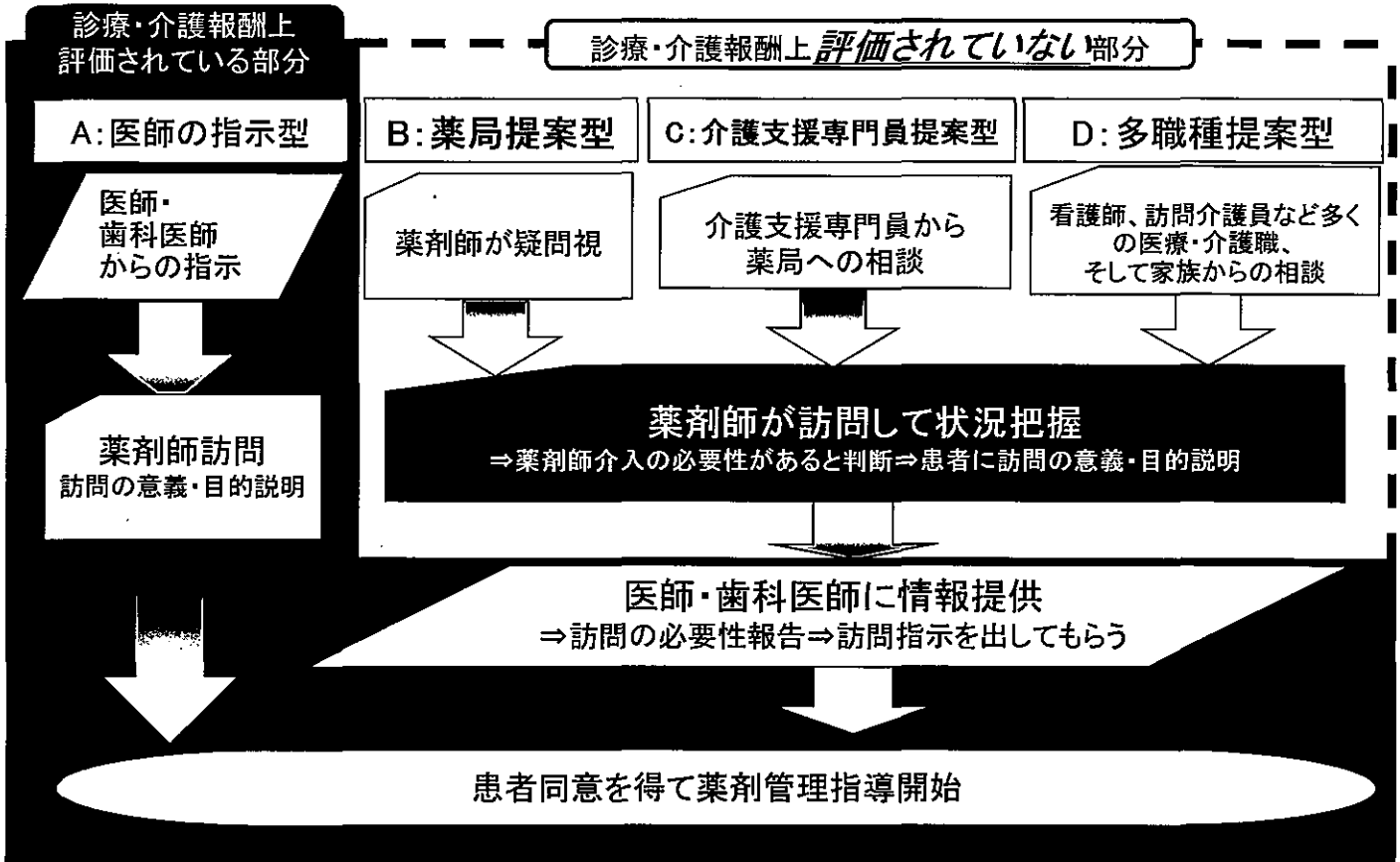
高齢者向け住宅・施設における薬剤管理指導②

施設の種類	⑤有料老人ホーム	⑥適合高齢者専用 賃貸住宅	⑦認知症対応型 共同生活介護 (グループホーム)
根拠法	老人福祉法第29条	高齢者の居住の安定確保に関する法律第4条	老人福祉法第5条の2 介護保険法第8条
配置基準	医師× 薬剤師×	医師× 薬剤師×	医師× 薬剤師×
在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険)	○ 要介護者等＝ 介護保険適用※4	○ 要介護者等＝ 介護保険適用※4	×※4 (要介護者等を対象としているため、介護 保険適用)
居宅療養管理指導費 (介護保険)	その他＝医療保険適用	その他＝医療保険適用	○

【※4】④⑤⑥⑦いずれの施設においても、居宅療養管理指導費とともに、医療保険における「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(及び麻薬管理指導加算)」、「在宅患者緊急時等共同指導料(及び麻薬管理指導加算)」は算定可能

79

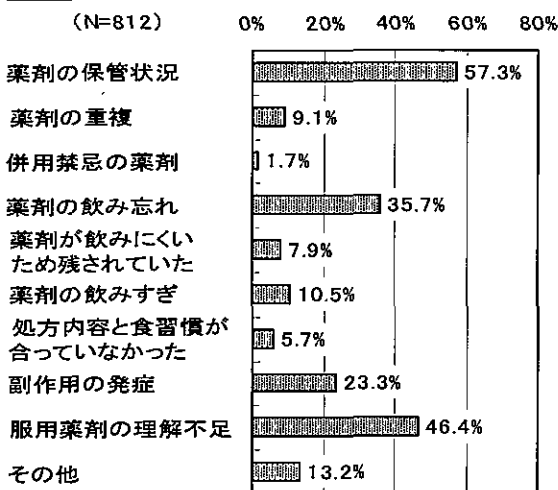
薬剤管理指導の実施に至るパターン(イメージ)



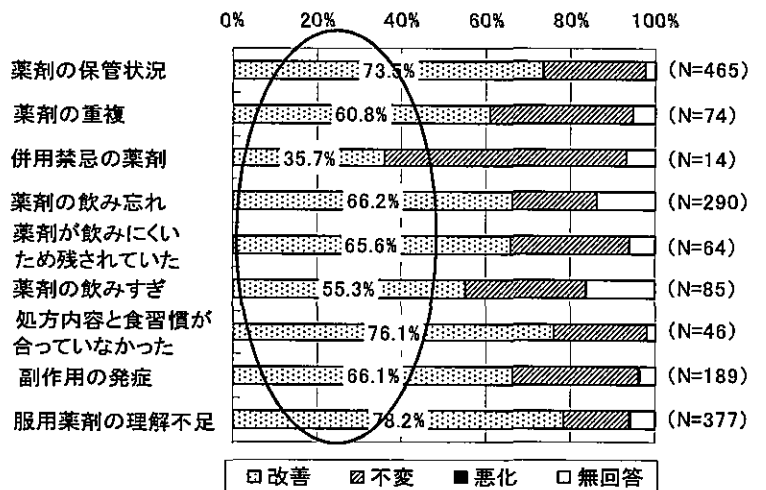
80

在宅医療への薬剤師の関与とその意義

在宅患者訪問薬剤管理指導
又は居宅療養管理指導の開始時に
発見された薬剤管理上の問題点



在宅患者訪問薬剤管理指導
又は居宅療養管理指導の取り組みの効果



(参考)

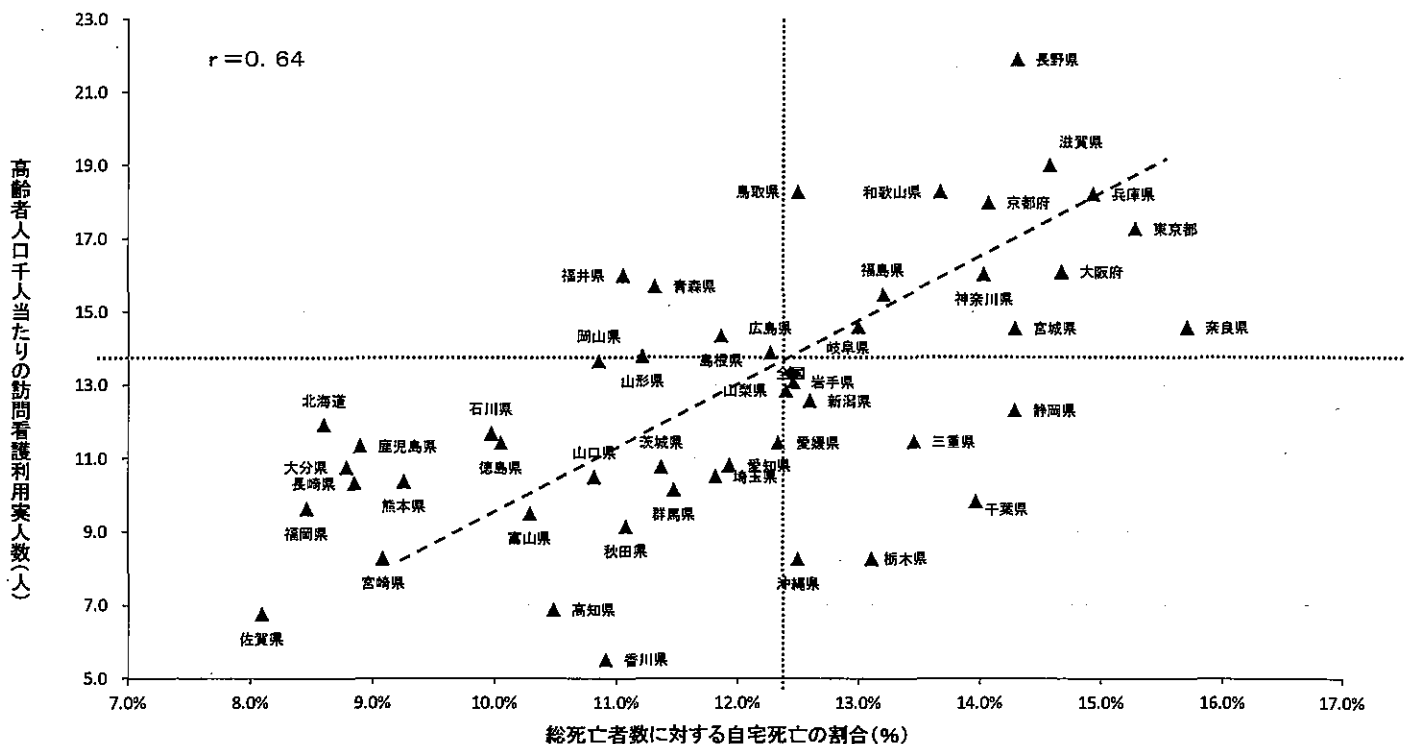
潜在的な飲み忘れ等の年間薬剤費の粗推計
=約500億円

在宅患者訪問薬剤管理指導等により改善される
飲み残し薬剤費の粗推計
=約400億円

14 訪問看護について

訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

- 都道府県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は約4倍の差がある。
(最多は長野県、最少は香川県)。
- 高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。

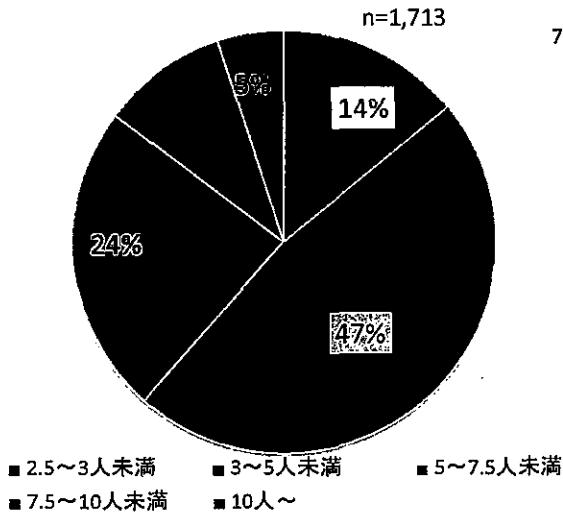


(出典)介護サービス施設・事業所調査(平成21年)、人口動態調査(21年)をもとに厚生労働省にて作成

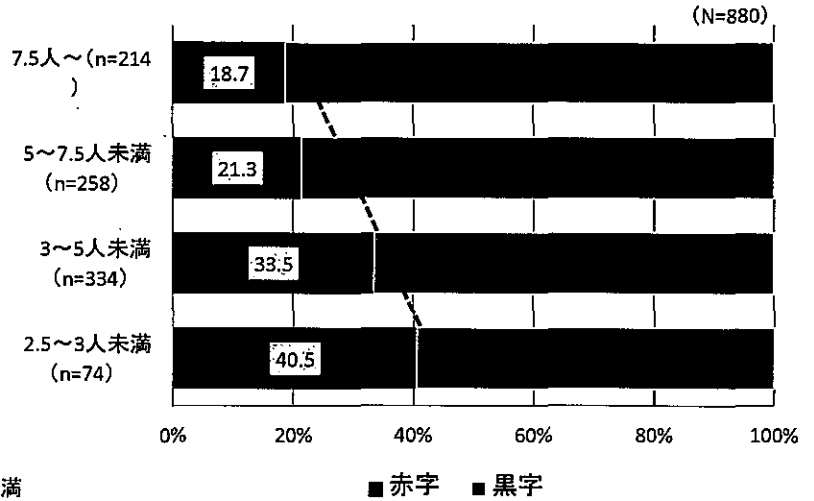
訪問看護ステーションの現状と課題

- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60%
(参考) 1事業所当たり看護職員数：約4.3人
- 事業所の規模が小さいほど収支の状況が悪い。

職員※数規模別にみた事業所数の構成
※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

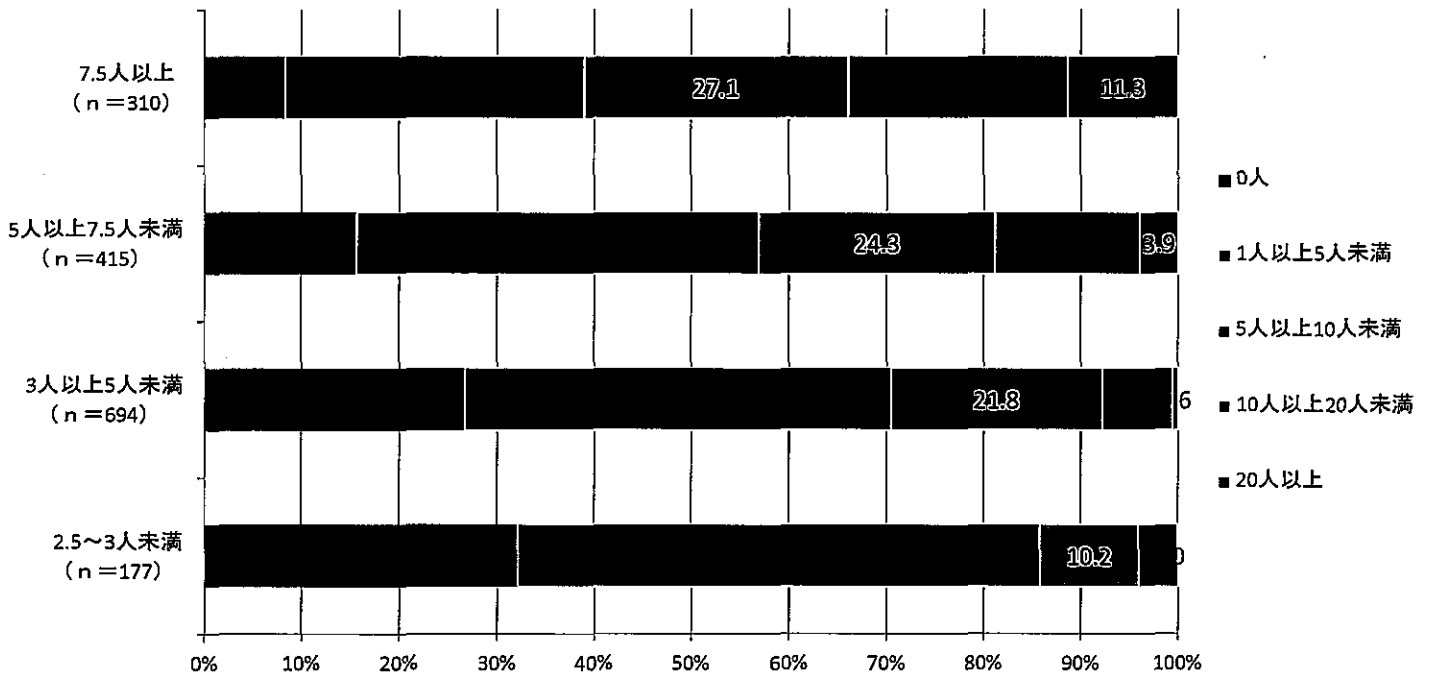


職員※数規模別にみた収支の状況
※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ



84
出典：(社)日本看護協会「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業」

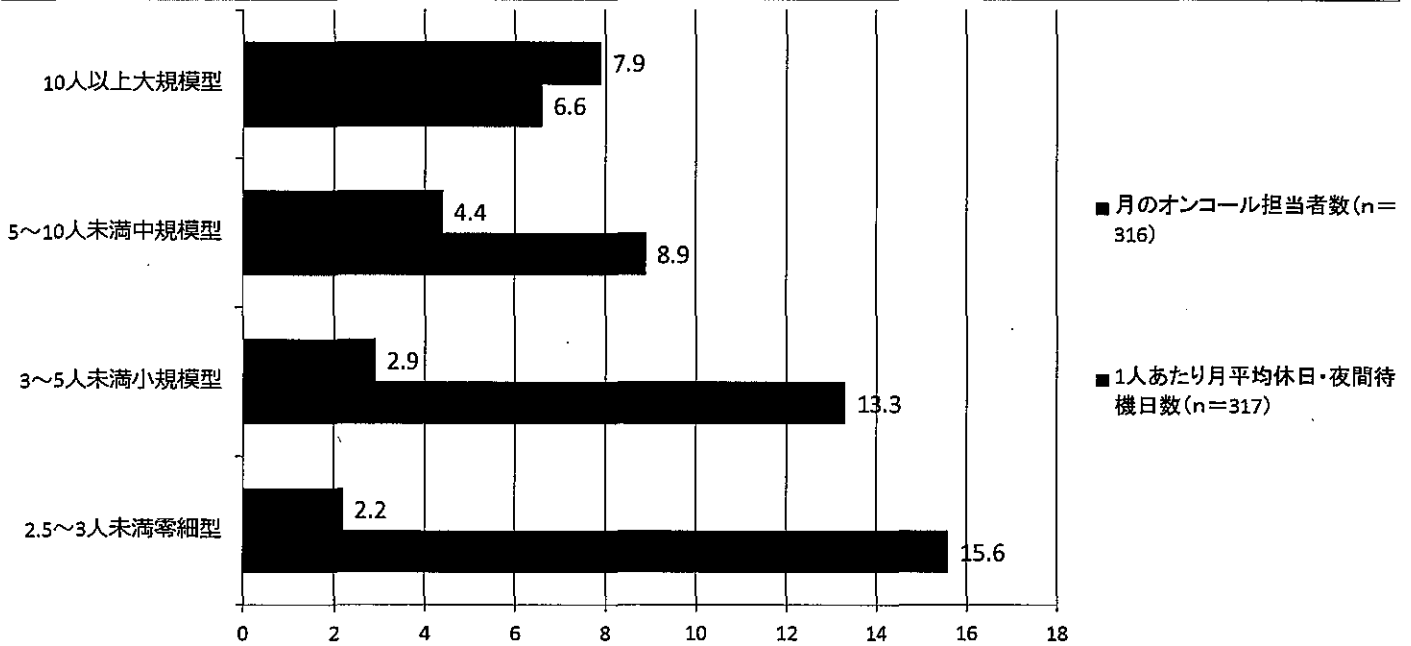
訪問看護事業所の規模別年間看取り数の状況



- 訪問看護事業所の規模が小さいほど、在宅における看取り数も少ない傾向がある。

出典：平成20年度老人保健健康増進等事業「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業」
(社)日本看護協会

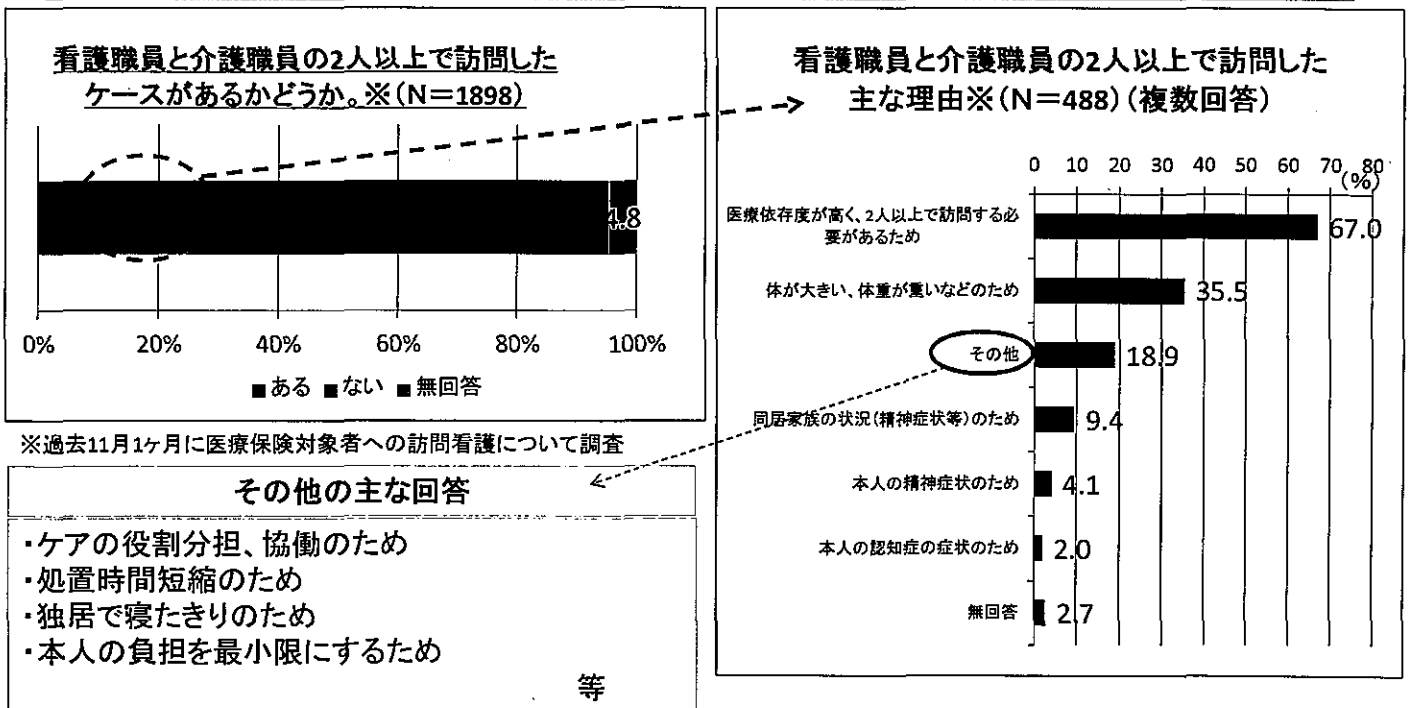
訪問看護事業所の規模別24時間 オンコール対応の状況



○訪問看護事業所の規模が小さいほど、オンコールの負担が大きい傾向がある。

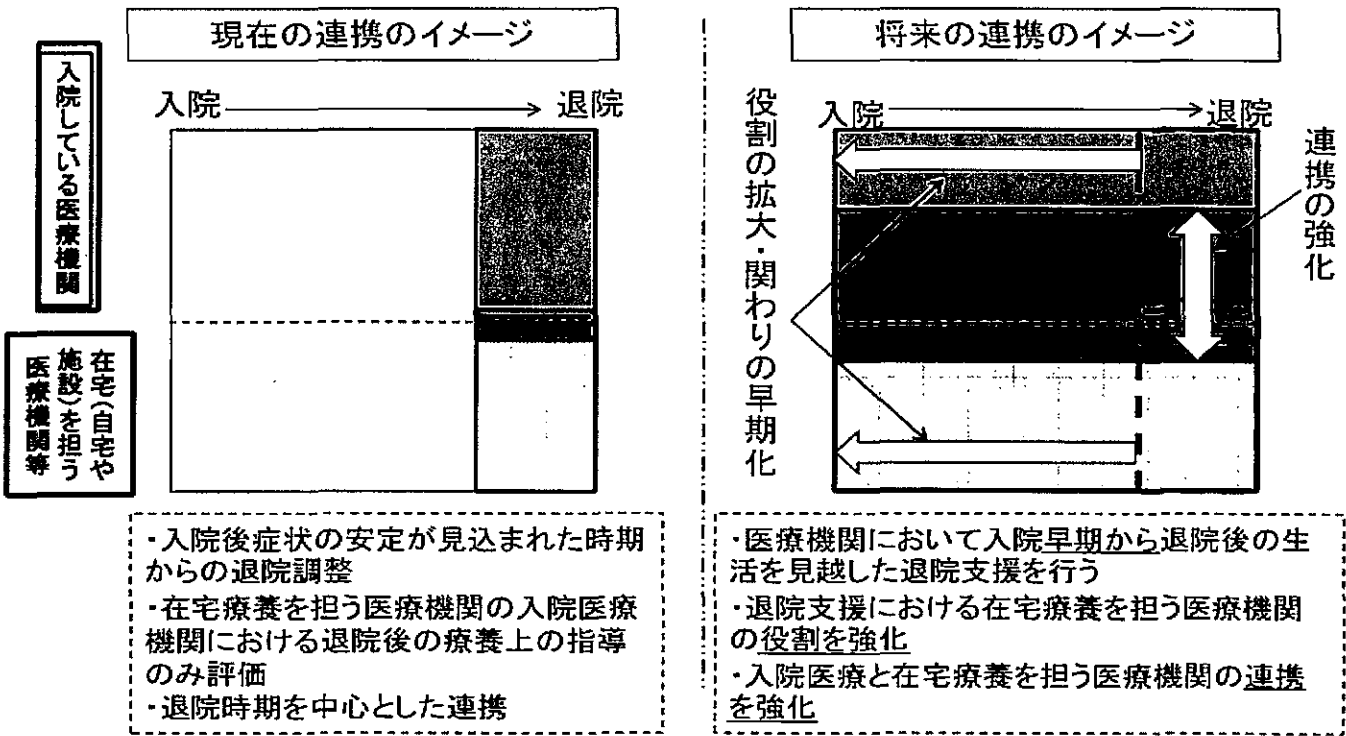
出典:平成18年度「訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所との連携に関する研究」日本看護協会

訪問看護ステーションからの 複数名での訪問看護



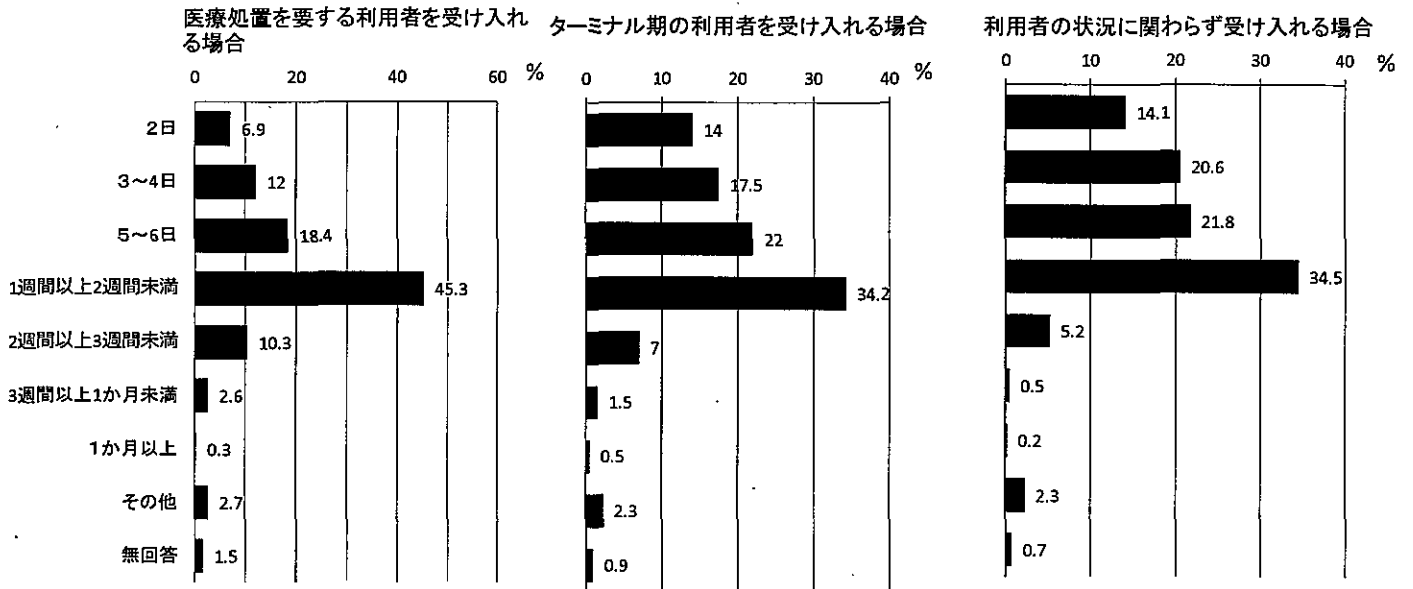
15 退院調整について

入院と在宅のそれぞれを担う医療機関の退院支援に係る連携の評価のイメージ



在宅への移行に必要な準備期間

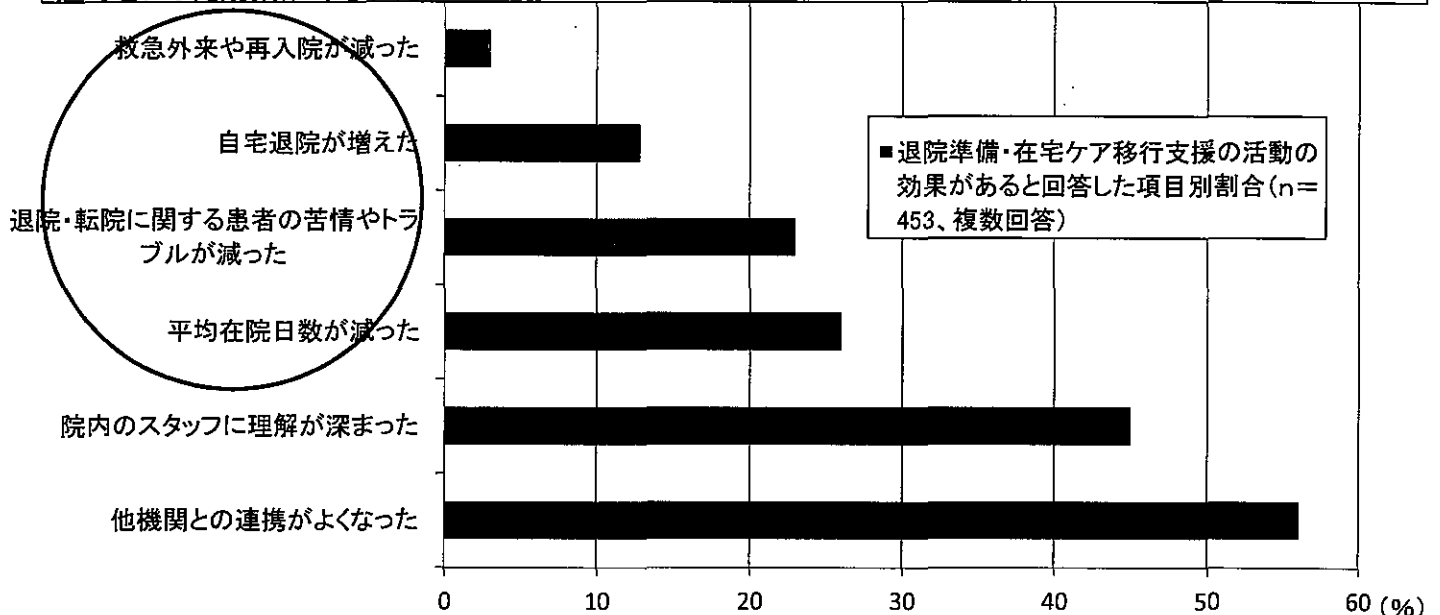
医療処置を要する利用者、ターミナル期の利用者、また、利用者の状況に関わらず利用者を受け入れる場合、「1週間以上、2週間未満」準備に最低限必要である。



出典：川越博美：早期退院における病院との連携を推進する訪問看護ガイドライン作成に関する研究 平成14年社会福祉・医療事業財団（長寿社会福祉基金）助成事業3月

退院準備・在宅ケア移行支援の活動の効果

入院中あるいは退院後（再入院を繰り返す場合は再入院前）に患者・家族に実施した退院準備・在宅ケア移行支援の効果を担当部署や担当者に尋ねたアンケート調査によると、平均在院日数の減少や自宅退院の促進等といった効果がみられた。

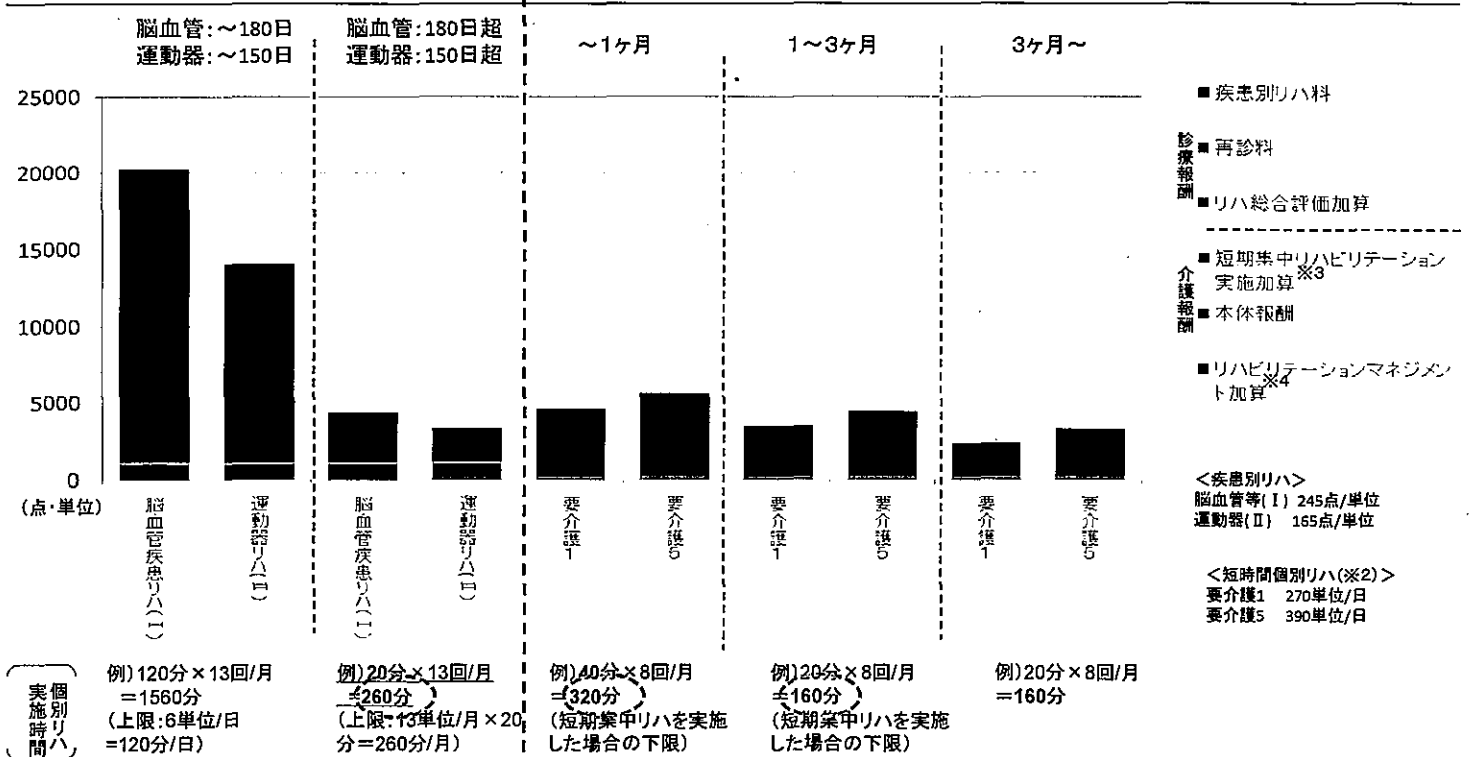


出典：平成18年度老人保健健康増進等事業 退院準備から在宅ケアを結ぶ支援（リエゾンシステム）のあり方に関する研究 報告書

16 リハビリテーションについて

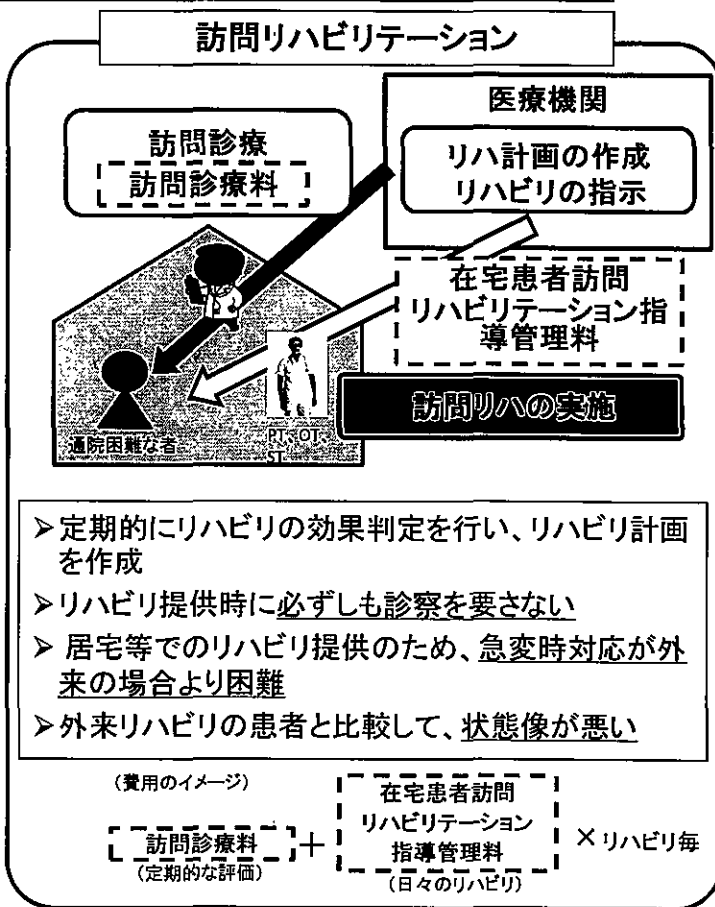
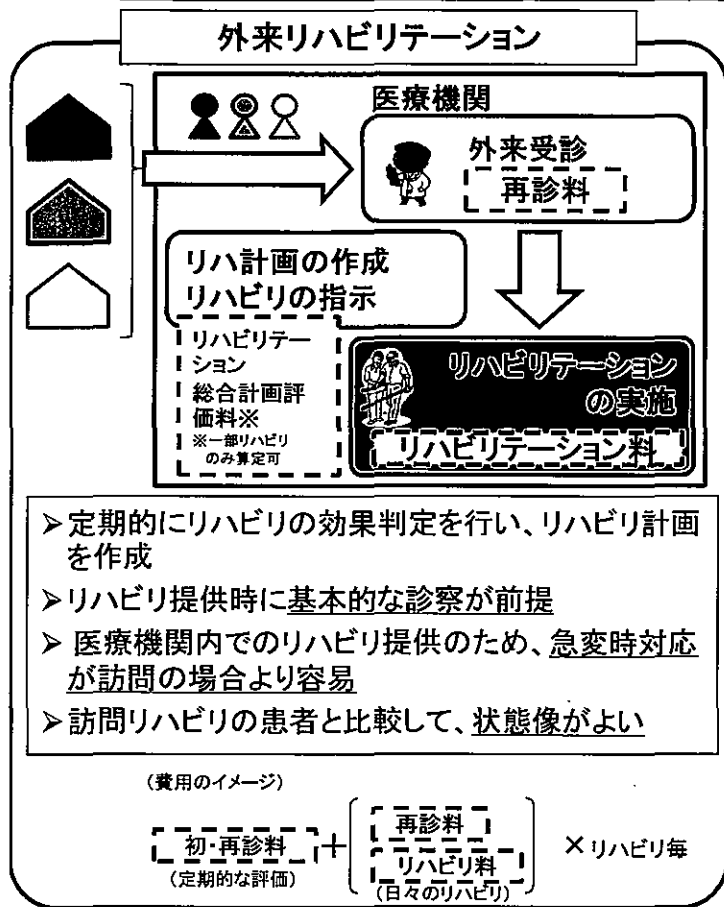
疾患別リハビリテーションと通所リハビリテーションの報酬比較（月額）（イメージ）

【医療保険※1】（急性期・回復期） → 【医療保険※1】（生活期（維持期）） → 【介護保険（通所リハビリテーション：短時間個別リハ※2の場合）】（生活期（維持期））



※1: 医療機関の外来でリハビリテーションを受けていると仮定。
 ※2: 1回20分以上の個別リハを実施した場合に限る(2時間未満)。
 ※3: 退院・退所日または認定日から1ヶ月以内: 週2回以上、1回40分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
 退院・退所日または認定日から1ヶ月を超え3ヶ月以内: 週2回以上、1回20分以上の個別リハを行った場合に算定できる。
 ※4: リハビリテーション実施計画を策定し、月8回以上通所リハビリテーションを実施した場合に算定。

入院外のリハビリテーションについて



※上記は説明のための簡潔な模式図

17 介護施設において提供される医療について

介護保険施設等の主な人員配置基準等

	小規模多機能型 居宅介護	認知症対応型 共同生活介護 (認知症グループホーム)	特定施設入居者 生活介護	介護老人 福祉施設 (特別養護老人ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設
1人当たり居室(宿泊室)面積	7.43㎡以上	7.43㎡以上	適当な広さ	10.65㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
1部屋の定員数	原則個室	原則個室	原則個室	4人以下	4人以下	4人以下
主な 人員 配置 基準	医師			必要数 (非常勤可)	常勤1以上 100:1以上	3以上 48:1以上
	看護職員	(通い)3:1以上 (訪問)1以上 (宿泊)提供時間 帯を通じて夜勤1 以上、宿泊1以上 ※うち看護職員1 以上		看護・介護 3:1以上	看護・介護 3:1以上	看護・介護 3:1以上 (看護2/7)
	介護職員		3:1以上	利用者100人の場 合、看護3人	入所者100人の 場合、看護3人	
	リハビリテーション 専門職※1					PT・OT・ST いずれかが 100:1以上
	機能訓練指導員※2			1以上	1以上	
	生活(支援)相談員			100:1以上 (うち1名常勤)	常勤1以上 100:1以上	100:1以上
	介護支援専門員 (計画作成担当者)	1以上	1以上	1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準

注：特定施設入居者生活介護は、外部サービス利用型を除く。

※1：理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)

※2：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者

96

介護施設において提供される医療のイメージ

	自宅	特定施設 入居者 生活介護	介護老人 福祉施設 (特別養護老人ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型医療施設
手術・放射線治療 急性増悪時の医療等					
特殊な検査 (例：超音波検査など) 簡単な画像診断 (例：エックス線診断など)			医療保険で給付		緊急時施設療養費※1
投薬・注射 検査(例：血液・尿など) 処置(例：創傷処置など)					特定診療費※2
医学的指導管理				介護保険で給付	

※1) 介護老人保健施設においては、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時施設療養費を算定できる。

※2) 介護療養型医療施設においては、入院患者に対して、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為について、特定診療費を算定できる。

例1) 簡単な手術については介護老人保健施設サービス費に包括されている。

例2) 医療用麻薬、抗悪性腫瘍剤等一部の投薬・注射については、介護老人保健施設の入所者についても診療報酬を算定できる。

97

18 災害医療について

災害医療等のあり方に関する検討会

目的

東日本大震災後の対応の中で明らかとなった問題に対して、災害医療体制の一層の充実を図る観点から、災害医療等のあり方について検討を行うため、本検討会を開催する。

検討内容

- (1) 災害医療におけるDMAT及び災害拠点病院の役割について
- (2) 災害時における医療機関等の連携について 等

構成員

井伊久美子	日本看護協会常任理事
石井 正三	日本医師会常任理事
石原 哲	医療法人社団誠和会白鬚橋病院長
生出泉太郎	日本薬剤師会副会長
大友 康裕	東京医科歯科大学救急災害医学分野教授
小山 剛	社会福祉法人長岡福祉協会高齢者総合ケアセンターこぶし園総合施設長
酒井 和好	公立陶生病院長
佐藤 保	日本歯科医師会常務理事
佐藤 裕和	岩沼市健康福祉部長
高桑 大介	蔵野赤十字病院事務部調度課長
内藤万砂文	長岡赤十字病院救命救急センター長
野原 勝	岩手県福祉保健部医療推進課総括課長
和田 裕一	国立病院機構仙台医療センター院長

検討スケジュール

- 7月13日 第1回
 - 災害拠点病院等のあり方について
 - 東日本大震災での災害拠点病院の診療状況等について
- 7月27日 第2回
 - 災害医療のあり方について
 - 東日本大震災での災害医療について

平成23年中 報告書とりまとめ

医療計画における災害医療の位置づけ

○ 4疾病5事業については、医療計画に明示し、医療連携体制を構築。

4 疾病

(医療法第30条の4第2項第4号に基づき
省令で規定)

→ 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

<医療法施行規則第30条の28>

- がん
- 脳卒中
- 急性心筋梗塞
- 糖尿病

5 事業[=救急医療等確保事業]

(同項第5号で規定)

→ 医療の確保に必要な事業

- 救急医療
- **災害時における医療**
- へき地の医療
- 周産期医療
- 小児医療(小児救急医療を含む)

・ 上記のほか、都道府県知事が疾病の発生状況等に照らして特に必要と認める医療

考え方

- 患者数が多く、かつ、死亡率が高い等緊急性が高いもの
- 症状の経過に基づくきめ細かな対応が求められることから、医療機関の機能に応じた対応が必要なもの
- 特に、病院と病院、病院と診療所、さらには在宅へという連携に重点を置くもの

100

災害拠点病院指定要件と論点の整理

		現在の要件	論点案
建物の耐震性		耐震構造を有する	耐震構造を全ての建物が有するべきか
災害時用の通信回線		記載無し	最低限備えるべき通信手段は何か(衛星電話・衛星インターネット等)
EMIS		原則端末を有する	災害時に確実に入力できる体制を整えるべきではないか
自家発電機		ライフラインの維持機能を有する	自家発電機の適切な容量はどれくらいか
水		ライフラインの維持機能を有する	診療機能に影響しないよう確保すべきか
備蓄	食料・水	記載無し	必要量を備蓄(何日分程度が適切か)
	医薬品等	記載無し	必要量を備蓄(何日分程度が適切か)
	自家発電機等の燃料	記載無し	必要量を備蓄(何日分程度が適切か)
流通の確保		記載無し	災害時の物資の供給が不足しない方策はあるか(関係団体との協定の締結等)

※現在の指定要件では、「基幹災害拠点病院については、災害医療の研修に必要な研修室を有すること」となっている